



TITLE:

学会抄録 第174回日本泌尿器科学 会関西地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第174回日本泌尿器科学会関西地方会. 泌尿器科紀要 2002,
48(1): 45-52

ISSUE DATE:

2002-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114675>

RIGHT:

学会抄録

第174回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2001年2月17日(土), 於 京都府立医科大学)

嚢胞性腎細胞癌と鑑別困難であった子宮内膜間質肉腫の後腹膜リンパ節転移の1例: 相馬隆人, 種田倫之, 土井 浩, 飛田収一 (京都市立), 桑原仁美, 岩破一博 (同産婦人科), 嶋田俊秀, 鷹巣晃昌 (同病理) 49歳, 女性。左側腹部圧迫感あり近医泌尿器科受診。CT で子宮腫瘍, 両側腎嚢胞を指摘。左側の嚢胞に対し穿刺処置を勧められた。子宮腫瘍に対し当院婦人科紹介, 患者の希望で当科紹介。当院CT, MRI で直径2cmの右腎嚢胞, 直径8cmの左嚢胞性腎細胞癌および変性した子宮筋腫を疑い2000年11月9日手術施行。術中所見では左側嚢胞性病変は後腹膜腫瘍と判明し, 摘出術を施行。右腎嚢胞に対しては開窓術を, 子宮腫瘍に対しては両側付属器を含めた子宮全摘術を施行。術後病理検査にてこの嚢胞性病変は, 低悪性度の子宮内膜間質肉腫による後腹膜リンパ節転移と診断した。現在当院婦人科で全身化学療法施行中である。

左腎周囲に発生した巨大後腹膜悪性リンパ腫の1例: 西澤恒二, 中村英二郎, 小堀 豪, 小林 恭, 山本新吾, 賀本敏行, 奥野 博, 寺井章人, 寛 善行, 小川 修 (京都大) 62歳, 女性。2カ月前に自覚した腹部腫瘍が増大し近医を受診。腎周囲より骨盤腔に広がる長径約20cmの左後腹膜腫瘍を指摘され当科紹介となる。CT上, 腫瘍は辺縁明瞭で腎および尿管への浸潤所見はなく, 内部は均一で腎実質に比べ弱く造影された。また傍大動脈リンパ節腫大も認められた。以上のCT画像所見より悪性リンパ腫を疑い針生検を行った。病理組織診断はB細胞性悪性リンパ腫で骨髄生検でも腫瘍細胞の増生を認めた。内科で化学療法を開始, 約30%の腫瘍縮小を認め治療継続中である。腎および腎周囲原発の悪性リンパ腫は比較的稀な疾患で症状にも乏しく, 約1/3の症例に骨髄病変を認めるが化学療法を中心とした治療が奏効し, 5年生存率は約50%と報告されている。

後腹膜に発生した悪性リンパ腫の1例: 細川幸成, 花房隆範, 目黒則男, 前田 修, 細木 茂, 木内利明, 黒田昌男, 宇佐美道之, 古武敏彦 (大阪成人病セ) 48歳, 女性。他院にて胃ポリープにて経過観察中であった。1998年9月にCTで後腹膜に径3.5×1cmの腫瘍を指摘。内分泌非活性の右副腎腫瘍の診断で経過観察されていたが2000年8月のCTで同腫瘍が5×1.5cmと増大傾向をみせたため腫瘍摘除目的で当科を紹介された。腫瘍径の増大を認めることより悪性の可能性も否定できず, 右後腹膜腫瘍の診断のもと2000年11月20日右腰部斜切開にて右後腹膜腫瘍摘除術をしたところ悪性リンパ腫の診断であった。診断後, ガリウムシンチで異常を指摘されず, 骨髄生検でも異常を認めなかった。右総腸骨動脈付近に径1.3cmのリンパ節の腫大を指摘されAnn Arbor分類のstage IIの診断でCHOP療法を現在行っている。

カルチノイドを合併した成人後腹膜奇形腫の1例: 山崎俊成, 岩村浩志, 白波瀬敏明, 橋村孝幸 (国立姫路), 佐古政典 (佐古泌尿器科), 渡邊千尋 (国立姫路病理部) 53歳, 女性。2000年10月, 頻尿を主訴として近医受診。画像検査上, 左後腹膜腔に石灰化を伴う腫瘍陰影を指摘され当科紹介受診。12×6×6cmの石灰化, 脂肪, 軟部組織を含む腫瘍が左腎内側に存在し, 11月16日後腹膜腫瘍切除, 左腎合併切除術を施行した。病理診断は三胚葉成分を含む成熟奇形腫であった。一部にカルチノイドが存在し, Teratoma with Malignant Transformationと考えられた。術後3カ月を経過し再発は認めない。われわれの検索した限りではカルチノイドを合併した成人後腹膜奇形腫の報告は見出されなかった。

後腹膜鏡下に摘出した嚢胞性上皮腫の1例: 佐藤 尚, 佐藤仁彦, 藤田一郎, 室田卓之, 川喜田睦司, 松田公志 (関西医大), 坂井田紀子 (同病理) 31歳, 男性。手術歴なし。1999年11月, 腰痛を主訴に整形外科受診。MRIにて左腎基底部, 大動脈左側に分葉状で頭尾方向に長い2.0×2.5×6.0cmの後腹膜腫瘍を認め, 当科紹介された。MRIはT1では, 筋肉と同程度の低信号を示し, T2では高信号を

示し, リンパ管腫あるいは, 神経腫瘍も疑われた。2000年3月3日後腹膜鏡下腫瘍摘除術を施行。周囲との癒着が強く, 特に腸腰筋との剥離が困難であった。腫瘍は多房性嚢胞で術中, 黄白色の嚢胞液が漏出した。病理組織学的には, 嚢胞壁は角化は認められず重層扁平上皮で被覆されており, 胞体内および嚢胞腔内にはコロイド鉄染色で青染し, ヒアルロニダーゼでほとんど消化される酸性粘液を認め, 嚢胞性上皮腫と診断。術後7カ月, 再発は認めていない。

後腹膜に発生したBronchogenic cystの1例: 近藤秀明, 穴井智, 青木勝也, 趙 順規, 藤本清秀, 夏目 修, 植村天受, 大園誠一郎, 平尾佳彦 (奈良医大), 田畑尚一 (県立五條) 59歳, 男性。1998年2月に腹部エコーにて左副腎部腫瘍を指摘され経過観察していたが変化なく, 加療目的に2000年8月当院受診。画像検査にて後腹膜嚢胞性腫瘍が疑われたが, 確定診断に至らず, 2000年11月, 全麻下, 経腹的に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は左横隔膜下副腎上方傍大動脈に位置し周囲組織とは容易に剥離可能であった。摘出標本は表面平滑な嚢胞で, 大きさ7×3.5×3cm。内容物は黄白色粘稠。病理組織学的には, 混合腺, 平滑筋, 線毛円柱上皮を認め, 気管支原性嚢胞の後腹膜発生例と診断された。本疾患は自験例を含めて本邦では17例が報告されており, 術前に確定診断が困難であるが, 基本的に良性疾患であるため, 腹腔鏡下手術などの低侵襲な治療についても検討されるべきである。

後腹膜神経鞘腫の1例: 高木志寿子, 木下昌重, 木浦宏真, 安倍弘和, 稲元輝生, 古武彌嗣, 西田 剛, 勝岡洋治 (大阪医大) 81歳, 男性。主訴は両下肢痛。2000年6月に近医で腹部CTを施行された際に骨盤部に直径約10cmの腫瘍が認められたため当科受診。理学所見では触診上, 左下腹部に拳大の可動性のない腫瘍が認められた。MRIでは嚢胞壁はT1強調画像で低信号, T2強調画像で不均一な高信号を示し, 矢状断像では腫瘍は仙骨に接していた。以上より後腹膜神経鞘腫を疑い, 2000年7月に骨盤内腫瘍摘出術を施行した。摘出標本は大きさ12×12×10cmで, 重量620gであった。内容液は約300gであり陳旧性の出血と考えられる暗赤色を呈していた。病理組織診断は神経鞘腫でAntoni A型とAntoni B型の混合型であった。またS-100染色も陽性であった。術後6カ月を経過するも再発を認めていない。

出血性ショックで来院した副腎血腫の1例: 大西裕之, 田上英毅, 堀 大輔, 宮川美栄子 (市立島田市民) 62歳, 女性。42歳の頃より抗てんかん薬による治療中であった。飲み忘れによるてんかん発作のため自宅で倒れているのを発見され, 左上腹部痛を訴えたので2000年7月4日深夜, 当院へ搬送された。意識混濁, 出血性ショックの状態では, 輸血を開始。CTにて左後腹膜腔に15×9cmの輪郭の明瞭な円形腫瘍と周囲および腹腔への出血を認めた。被膜が一部断裂しており, もともとあった後腹膜腫瘍に外圧が加わり, 破裂し出血したと考えた。しかし各種画像検査では腫瘍の確定診断ができず, 経皮的針生検でも血腫と散在する副腎組織以外に腫瘍組織を認めず, 同年8月21日経腹的に腫瘍を摘除した。摘除標本は, 16×15×8cm, 重量1,120gで薄い被膜の内部は血腫と完全に器質化した組織のみであり, 悪性腫瘍は認めず, 以前に副腎血腫があり, 今回再出血したと考えた。

AIMAHによるクッシング症候群に対し腹腔鏡下両側副腎摘除術を行った1例: 石井啓一, 坂本 亘, 山越恭雄, 葉山琢磨, 上川禎則, 金 卓, 杉本俊門, 早原信行 (大阪総合医療セ), 酒井春奈, 吉岡克宣 (同内科) 73歳の女性, 主訴は顔面と下肢浮腫。コルチゾール高値, ACTHは終日抑制され, 画像検査上両側副腎の結節状の著明な腫大が認められ, 副腎シンチで両側に著明な放射活性の集積が認められAIMAHによるクッシング症候群と診断した。2000年10月31日, 腹腔鏡下に両側副腎摘除術を行い, 所要時間は左側2時間40分, 右側3時間10分で安全に施行できた。摘出標本は計80.3g, 病理診

断は副腎皮質大結節性過形成であり、術後22日目に当科退院となった。われわれが調べたかぎりでは自験例は本邦45例目の症例、当疾患に対する治療法として腹腔鏡下両側副腎摘除術は有用な治療法の1つと考えられた。

Cushing 症候群を伴った褐色細胞腫の1例：前川正信、牛田 博、前川信也、井上幸治、大森孝平、西村一男（大阪赤十字） 37歳、女性。1995年に長女を出産した頃より体動時の頭痛、胸痛、動悸を自覚していた。2000年4月、画像診断にて直径4cmの左副腎腫瘍を認め当科初診。内分泌学的には血中尿中のカテコラミン、ACTH、コルチゾルが高値を示し、身体所見としてムーンフェイス、多毛、皮膚線条を認めた。デキサメサゾン抑制試験でACTHは抑制されず、異所性ACTH産生腫瘍が疑われたが、明らかな異所性ACTH産生腫瘍を認めず、ACTH産生褐色細胞腫と診断した。2000年5月左副腎摘除術を行った。病理診断は典型的な褐色細胞腫であった。術後、内分泌検査所見は正常化し身体所見も軽快した。Cushing 症候群を伴ったACTH産生褐色細胞腫の報告は稀で文献上30例目であった。

術前血圧コントロールが困難であった褐色細胞腫の1例：金 啓盛、玉田 博、井上隆朗、島谷 昇（関西労災） 55歳、女性。高血圧精査中CTにて右副腎腫瘍認められ、当科受診。内分泌的検査、CT、MRI、MIBG シンチにて褐色細胞腫と診断し、手術予定となった。入院時近医よりCa拮抗薬、ACE阻害薬処方されていたが、十分な降圧効果得られておらず、入院後Ca拮抗薬、 $\alpha\beta$ 遮断薬処方し降圧を試みた。しかし、血圧上昇傾向見られたため中止し、 α 遮断薬（メシル酸ドキサソシン）を2mgより開始しこれを随時増量した。しかし15mgまで増量した時点でめまい、頭痛出現し、さらに降圧効果も不十分であったため、12mgまで減量し、それに加えACE II拮抗薬、Ca拮抗薬を併用した。これによって血圧コントロールすることができ、2000年11月2日経腹的右副腎摘除術施行した。病理所見はpheochromocytomaであった。

ステロイド療法が奏功した特発性後腹膜線維症の2例：堀川直樹、千原良友、林 美樹（多根）、細川幸成、藤本清秀、平尾佳彦（奈良医大） 症例1は72歳、男性。主訴は血清クレアチニン高値と両側水腎症。症例2は76歳、男性。主訴は両側背部痛。2症例とも血液検査、CT、MRIにて特発性後腹膜線維症の活動期と診断し、ステロイド療法を施行。両症例とも治療が奏功し、4週後後腹膜の線維化はほとんど消失し、水腎症も改善した。現在、2症例ともステロイド維持療法中である。他臓器の悪性腫瘍を含め、特発性後腹膜線維症以外の疾患を否定した上で特発性後腹膜線維症と診断された症例では、血液検査およびMRIで活動期と慢性期の鑑別は可能といわれており、活動期ならステロイド療法が有用と思われた。

腎結石を伴った下大静脈後尿管の1例：梶尾圭介、善本哲郎、鈴木透、青木 大、森 義則、島 博基（兵庫医大） 51歳、男性。他院で他疾患の精査中に右腎結石を指摘され2000年10月当科受診。IVUにて右腎結石、右水腎症および右上部尿管の逆J型の走行認め、RUにても右中部尿管は正中に偏位していた。以上より下大静脈後尿管を疑いCE-CT施行するも確定診断できなかった。そこで右DJカテーテル留置下で単純CTを施行し、下大静脈後方を走行するカテーテルを確認することによって確定診断が可能であった。2000年11月24日UPJ部尿管の一部切除と右腎結石の摘出後尿管を正常走行に整復し再吻合した。術後経過は良好で現在外来通院中である。今回われわれはDJカテーテル留置下の単純CTが下大静脈後尿管の診断に有用であった症例を経験したので報告した。

腹腔鏡下腎門部リンパ管遮断術により消失をみた乳び尿の1例：古川順也、石川智基、磯谷周治、後藤章暢、原 勲、藤澤正人、川端岳、岡田 弘、荒川創一、守殿貞夫（神戸大）、三田俊彦（三田寺仙泌尿器科） 58歳、男性。鹿児島県出身。約32年前から乳び尿を認め、腎孟内硝酸銀注入療法を繰り返し施行されていたが改善傾向認められなかった。今回2000年8月29日根治目的にて当科入院となった。精査後9月4日全麻下腹腔鏡下右腎門部リンパ管遮断術を施行した。術後経過良好にて9月14日退院となった。現在当科外来通院中であるが、再発を認めていない。同療法を施行した報告は自験例で文献上4例目であったが、すべて再発を認めておらず、同療法は保存的治療が無効な本症に対する根治的かつ低侵襲手術として有用であると考えら

れた。

自然破裂にて発見された腎細胞癌の2例：大場健史、林 晃史、小川隆義（姫路赤十字）、水野祿仁、近藤兼安（公立兵庫総合） 症例1は37歳、男性。左背部痛にて近医泌尿器科受診。CT、血管造影にて左腎腫瘍の破裂を疑われ当院紹介された。2000年9月11日根治的左腎摘除術施行。病理診断はRCC、G3、pT3a、v（+）であった。症例2は51歳、男性。左背部痛にて近医内科受診。CTにて左腎被膜下血腫を指摘され当院紹介された。2001年1月26日根治的左腎摘除術施行。病理診断はRCC、G2、pT3a、v（+）であった。腎細胞癌自然破裂の原因として、1) 静脈血栓による静脈圧の上昇、2) 微細動脈の破綻、3) 腫瘍の発育と血流のアンバランスによる腫瘍の壊死などが考えられた。現在2症例ともIFN- α による補助療法を施行している。

13年後に腸腰筋転移をきたした透析患者の腎細胞癌の1例：山本浩介、中ノ内恒如、西田雅也、南口尚紀、山崎 悟、岩元則幸（京都第一赤十字） 75歳、男性。13年前に他院で腎癌にて右腎摘除術施行。詳細不明。慢性腎不全にて近医通院中、腎不全が増悪したため、2000年8月28日当科紹介となった。9月11日内シャント術施行し、9月29日血液透析を導入した。導入時施行した腹部CT検査にて右腸腰筋に径約3cmの腫瘍を認めた。後腹膜腫瘍の診断にて、11月9日腫瘍摘除術を施行した。病理学的診断は、G1、clear cell type、renal cell carcinomaであった。晩期再発をきたした腎細胞癌の過去20年間における文献的検索において、本症例のように後腹膜に再発した症例は5例しかなく、非常に稀と思われた。

腎移植後難治性高血圧症に対して固有腎摘除術を施行し、腎細胞癌を発見した4症例について：・能勢和宏、森 康範、田原秀男、原靖、松浦 健、栗田 孝（近畿大）、西岡 伯、秋山隆弘（近畿大堺）、若杉英子（泉北藤井） 固有腎の腎性高血圧と診断し、固有腎摘出術を施行した12症例（男性10例、女性2例；生体腎移植7例、死体腎移植5例）経験したので報告する。腎摘出前後の血圧の変化は、収縮期血圧の低下率は5.43～30%（平均18.32%）で、拡張期血圧は4.59%から34.4%（平均17.8%）であった。血漿レニン活性は腎摘出術前 13.7 ± 10.1 (ng/ml/h)、腎摘出術後 3.03 ± 2.66 (ng/ml/h)と有意に(p=0.002)低下した。病理所見は、1例がpapillary type、3例がalveolar and cystic typeのmixed typeの腎細胞癌であった。腎性高血圧症と腎癌の因果関係は不明であったが、高血圧の持続と腎細胞癌の発生とは何らかの関係があるのではないかということが示唆された。

Birt-Hogg-Dube 症候群に腎腫瘍を合併した1例：高橋 彰、林正、吉田 修（日赤和歌山医療セ）、上出康二、古川福実（和歌山医大皮膚科）、執印太郎（高知医大） Birt-Hogg-Dube 症候群は1977年Birtらにより報告された常染色体優性遺伝を示す皮膚疾患で、世界で文献上28例報告がある。近年同症候群と腎の新生物の合併例の報告があり、われわれも両者の合併例を経験した。症例は53歳、女性。上半身の皮膚病変にて、44歳時和歌山医大皮膚科通院。長女も同様の皮膚病変にて同科通院歴がある。1996年11月、肉眼的尿管にて当科受診。右腎腫瘍と診断し右腎摘除術施行。病理診断はRCC、papillary typeであった。術後インターフェロン治療を行うも、翌年4月肺転移による呼吸不全にて死亡。両者の合併例の報告は本邦第1例目と考えられた。なお原因遺伝子の同定については、現在Zbarらにより検索中である。

腎細胞癌を疑い腎部分切除術を施行した多房性腎嚢胞の1例：花房隆範、細川幸成、目黒則男、前田 修、細木 茂、木内利明、黒田昌男、宇佐美道之、古武敏彦（大阪成人病セ） 40歳、女性。2000年6月、検診の超音波検査にて左腎外側に径約4cmの腫瘍を指摘され当科受診。画像検査にて左多房性腎嚢胞を最も疑ったが、腎細胞癌の可能性も完全には否定できなかった。患者本人の強い希望により2000年10月左腎部分切除術を施行した。摘除標本は径4×4×4cmで内部に多数の嚢胞を有していた。病理診断は多房性腎嚢胞であり、悪性所見は認めなかった。術後4カ月を経過し再発を認めていない。

腎 Oncocytoma の1例：峠 弘、青枝秀男（日高総合） 症例は74歳、女性。健診で消化器異常を指摘され精査中、左腎腫瘍を指摘さ

れ当科紹介。腹部 CT では辺縁明瞭であるが、内部不均一に造影され中心部には壊死巣を思わせる不整像がみられた。MRI では腫瘍は T1WI で low, T2WI で iso を呈した。左腎動脈造影では spoke wheel 像を呈するが、一部に hypervascularity を示していた。Nephrogram 相は不均一で腫瘍浸染がみられるが、辺縁は明瞭であり rim sign を呈していた。以上のことから、左腎細胞癌の診断で腎摘除術を施行した。摘除標本では腫瘍は 4×5×5 cm 大で褐色を呈しており一部に出血巣がみられた。組織学的には oncocyte が胞果状・腺管状に増殖しており、腎 oncocytoma と診断された。経過は良好で、術後 3 カ月の現在再発・転移は認められていない。

直腸と左腎に発生した平滑筋肉腫の 1 例：新井浩樹，岡 聖次，松岡庸洋，高野右嗣，北村雅哉，高羽 津（国立大阪），河原邦光，倉田明彦（同病理） 75 歳，男性。既往歴・家族歴に特記事項なし。1999 年直腸腫瘍にて Miles 手術施行。病理診断は平滑筋肉腫であった。2000 年 9 月，経過観察の CT にて、左腎腫瘍指摘され当科紹介となった。画像上、被膜化された直径約 1.5 cm の腎悪性腫瘍と診断し、腫瘍核出術を試みた。術中エコーにて、術前画像診断では発見しえなかった腎腫瘍を認めたため、左腎摘除術を施行した。摘除標本は、1.5×1.2 cm, 3.0×2.0 cm, 断面はともに白色、弾性硬であった。病理診断は、平滑筋肉腫であった。術後 3 カ月経過した現在、再発転移なく経過観察中である。直腸平滑筋肉腫の腎単独への転移は報告されていない。また、腎平滑筋肉腫は文献上、本邦 97 例目であった。

腎尿管摘除術後に腎瘻穿刺部再発を来した右腎盂腫瘍の 1 例：小林康浩，山田裕二，武市佳純（県立淡路），八尾昭久（三木市民），梅津敬一（小野市民） 66 歳，男性。主訴は右腰背部腫瘍。1997 年 3 月膀胱癌で膀胱尿道全摘，回腸導管造設術を施行（SCC + TCC G3, pT3b, pN0）後，経過観察中の 2000 年 2 月尿細胞診で class 5 が検出された。画像上明らかな腫瘍性病変を認めず，分腎尿の検索より右上部尿路の CIS を疑い，右腎盂鏡下生検を施行した。腎盂に CIS を認め，同年 4 月右腎尿管摘除術を施行した。摘除標本では腎瘻を穿刺した下腎杯に非乳頭状腫瘍を認め，病理組織診断は TCC G2>3, pT2 であった。経過観察中の同年 8 月右腎瘻穿刺部に胡桃大の疼痛性腫瘍を認め腫瘍切除術を施行した。腫瘍は径 4×3.5 cm, 充実性で腎瘻穿刺ラインに沿って存在していた。病理診断は TCC G2 で腎盂腫瘍の播種と判断した。High grade の上部尿路腫瘍に対する経皮的操作後の腎尿管摘除術に際しては，腎瘻トラクトの合併切除も考慮すべきであると思われた。

腎癌腎摘後の残尿管に発生した移行上皮癌の 1 例：中村 潤，岩崎比良志，宮下浩明（近江八幡市民） 73 歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。1999 年 9 月左腎細胞癌にて経腰式左腎摘除術および多発性膀胱腫瘍に対して TUR-Bt を行った。以後 2000 年 2 月と 9 月に膀胱腫瘍の再発に対して TUR-Bt を行った。同年 11 月に肉眼的血尿を訴え，膀胱鏡にて左尿管口よりの出血を認めた。逆行性尿管造影，CT，MRI，尿細胞診にて左残尿管腫瘍と診断し，2000 年 12 月 14 日，傍腹直筋切開にて左残尿管摘出術および骨盤内リンパ節郭清を施行した。病理診断は，TCC, G2, pT1, pN0, pV0 であった。現在通院にて経過観察中である。残尿管腫瘍は稀な疾患で，本症例が文献によると本邦 17 例目であり，膀胱癌・腎細胞癌の術後に発生した残尿管腫瘍は本邦 1 例目であった。

根治的膀胱全摘除術後に発生した腎盂腫瘍の 2 例：吉田直正，池本慎一，玉田 聡，成田敬介，金川賢司，長谷太郎，岡田 昇，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 症例 1 は 78 歳，男性。症例 2 は 63 歳，男性。両症例とも 1996 年に膀胱移行上皮癌にて膀胱全摘・回腸導管造設術を受ける。2000 年に肉眼的血尿が出現，尿細胞診も陽性となり，上部尿路腫瘍を疑い入院。DIP で右腎盂に陰影欠損を認めた。右腎盂腫瘍の診断下で右腎尿管摘除・回腸導管部分切除術を施行。腫瘍はそれぞれ 4, 3 cm 大の単発で病理診断は TCC, G2, pT1, INFα, pL1, pV0 と TCC, G2, pT2, INFβ, pL1, pV0。膀胱全摘除後の上部尿路腫瘍発生は，多発性膀胱腫瘍や CIS 合併例，職業性膀胱腫瘍例，VUR 症例に多い。本症例は初発時多発性で，初発から膀胱全摘までの期間は 4 年と 12 年と長期で，喫煙歴は共に長期であった。

腎静脈内に腫瘍塞栓を伴う腎実質への浸潤性腎盂癌の 1 例：紺屋英児，松本成史，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺），前倉俊治（同病理） 74 歳，男性。2000 年 8 月中旬頃より無症候性肉眼的血尿を認めたため同年 8 月 22 日に当科初診。種々の画像診断にて右腎腫瘍および右腎静脈内腫瘍塞栓と診断して経腹的に根治的右腎摘除術を施行した。病理診断は，transitional cell carcinoma, G2>G3, pT4, pR0, pL1, pV1 (pT4, pN1, M0, Stage IVb) であり，腎門部リンパ節転移も認めた。術後の全身状態が十分に回復してから膀胱鏡を施行して膀胱内に腫瘍が存在しないことを確認した後に，M-VAC による化学療法を開始した。現在 3 クール目を施行中であるが，再発の徴候は認められていない。

結石による膿腎症を契機として発見された腎盂扁平上皮癌の 1 例：丸山 聡，原田健一，武中 篤（県立柏原） 74 歳，男性。1955 年左腎盂切石術，1993 年左 PNL 発熱・左腰部部痛を主訴に来院。左尿管結石・腎盂腎炎の診断で抗菌剤投与・腎瘻・下腎杯ドレナージを施行するも症状の改善なく，結石に伴う膿腎症を第一に考えたが悪性腫瘍も否定できず，左腎摘除術を施行した。左腎は腸腰筋・腸間膜に強固に癒着し，下腎杯結石周囲に充実性腫瘍を認めた。病理診断は腎盂扁平上皮癌であった。術後 1 カ月，多発性肺・肝転移・局所残存腫瘍による骨浸潤を認め，プレオマイシンを含む多剤併用化学療法を施行したが，治療に奏功せず術後 4 カ月で癌死した。腎盂扁平上皮癌はこれまで 190 例報告されているが，結石合併例が 43.5% あり，長期間結石を有する症例に対しては腫瘍の合併を念頭にいった積極的精査が必要であると考えられた。

腹部大動脈瘤が原因と考えられた尿管自然破裂の 1 例：平井利明，西村健作，植村元秀，菅野展史，水谷修太郎，三好 進（大阪労災），正井崇史，谷口和博（同心臓血管外科） 62 歳，男性。2000 年 9 月頃より右下腹部痛を自覚し，近医で腹部 CT を施行。径 6 cm の腹部大動脈瘤を指摘された。その後疼痛が増強したため，切迫破裂を疑い，当院心臓血管外科に緊急入院。同時に右水腎症および後腹膜膿瘍を認めたため当科受診。DIP および RP で上部尿管より造影剤の溢流を認めた。尿管自然破裂の診断の下，腎瘻造設，抗菌療法を施行。後腹膜膿瘍の縮小を認め，尿管破裂も治癒傾向にあったが，同年 11 月，腹部大動脈瘤の十二指腸穿通を来し，死亡した。尿管自然破裂の原因は，主として結石，腫瘍などが挙げられるが，自験例では画像上，結石，腫瘍を疑わせる所見はなく，腹部大動脈瘤による後腹膜腔の繊維化が原因と考えられた。

腹腔鏡下尿管切石術の 1 例：塩山力也，北村 健，赤尾利弥，西村昌則（音羽），七里泰正（北野） 54 歳，女性。重症筋無力症にて内科でプレドニゾロンなどを投薬されていたが，水腎症を伴う左尿管結石を指摘され当科紹介となった。その後，患者の通院が途絶えていた。9 カ月後，39°C 台の熱発があり再び当科紹介され，両側水腎症，サンゴ状結石を伴う右膿腎症，左尿管結石の診断にて入院となった。右側は SJ カテーテルによるドレナージを施行しえたが，左側は内視鏡的処置が不可能であったため，腹腔鏡下尿管切石術を施行した。術後経過は良好で，術後 9 カ月現在，水腎症や尿管狭窄を認めていない。内視鏡手術や ESWL 困難例が腹腔鏡下尿管切石術では逆に良い適応となることが多いと考えられる。また，文献的にも成功率は高く，侵襲が少ないため，本症例のような結石に対しては，良い術式であると考えられた。

腹腔鏡下精索静脈瘤手術の新展開：拡大視野下のリンパ管，精巣動脈温存と精巣動脈周囲細静脈の処理：清水洋祐，高尾典恭，七里 泰正，山内民男（北野） 従来精索静脈瘤手術は，一般に高位結紮・顕微鏡手術・腹腔鏡手術が施行されている。高位結紮は最も普遍的で容易であるが侵襲・再発の点で問題がある。顕微鏡手術は現時点で day surgery 可能であるが技術習得が困難である。腹腔鏡手術は全身麻酔が必要で現時点では普遍的とは言えないが，低侵襲であり腹腔鏡手術の進歩とともに取り組みやすい術式となる可能性が高いと考えられる。精索静脈瘤に対する腹腔鏡手術では側副路による持続・再発が最も問題で，とくに精巣動脈周囲の細静脈処理が難点と考えられている。またリンパ管非温存時の精巣水腫も注目すべきである。そこで精巣動脈周囲の細静脈処理とリンパ管温存に留意した拡大視野腹腔鏡下精索静脈瘤手術を試み，その有用性を報告する。

ESWL 後に肝被膜下血腫をきたした1例：原口貴裕，楠田雄司，田中一志，森末浩一，山中 望（神鋼） 症例は77歳，女性。1年前から右腎結石にて近医に通院中であった。結石の増大を認めたため，2000年7月に当科を紹介受診した。右腎サンゴ状結石と診断し，入院の上，Dornier Lithotripter SにてESWLを10回施行した。電圧は14.2 kVで，総衝撃波数は31,500発であった。治療終了4日後に突然右肋骨部痛が出現した。CTを施行したところ，肝右葉に10×4 cmの被膜下血腫が認められた。疼痛の緩和を目的に経皮的ドレナージを施行した。輸血の必要性はなかった。血腫は徐々に縮小し，3カ月後にはほぼ完全に消失した。尿路結石のESWLによる肝被膜下血腫は非常に稀であり，肝破裂の1例を含めて文献上6例目であった。

特異な臨床経過を示した急性限局性細菌性腎炎の1例：福井淳一，林 泰司，小池浩之，加藤良成，井口正典（市立貝塚） 48歳，女性。既往歴は40歳および46歳時に腎盂腎炎，43歳時に胆石手術。2000年7月10日高熱，右腰部激痛にて他院内科入院。大腸菌による腎盂腎炎に対し約10日間保存的治療後退院。造影CTにて右腎上極背側に内部不均一で周囲との境界不明瞭な径3 cm大の腫瘍性病変を認め当科紹介。理学的所見および血液尿検査に異常なくCT上病変は消失し急性限局性細菌性腎炎の治療と診断。しかし8月30日炎症再発しCT上新たな病変が右腎下極腹側に出現。再び尿中大腸菌を認めCRPは最高37.7を呈した。6日間の抗生剤点滴投与にて全身状態は改善した。精査の結果，右VURを認めず右尿管口は正常であった。2001年2月現在再発を認めず。炎症再発の原因については既往歴より炎症時にVURが存在したと考えられた。

巨大前立腺癌の1例：金丸聰淳（京都専売），五十川義晃，賀本敏行（京都大），山田 仁（武田総合） 73歳，男性。既往歴に糖尿病，高血圧，肝硬変あり。1997年9月27日尿閉にて救急外来受診。導尿にて900 ml尿排出し，翌日当科入院。下腹部正中に弾性硬の腫瘍を触知し，DIPでは膀胱底の拳上と尿道の左側偏位を認めた。MRIでは骨盤内を占拠する，110×80×135 mmの巨大な前立腺を認めた。PSA 2,190 ng/ml。針生検にて低分化型腺癌，Gleason grade 4+4であった。CT，骨シンチでは明らかな転移はなく，stage Cと診断し，TAB療法を開始した。2カ月後には自排尿可能となり，外来にて治療を継続したが17カ月目にPSAの再上昇を認めエストラサイトに変更した。その後PSAは下降し，前立腺も著明に縮小したが，34カ月目に心筋梗塞で死亡した。巨大前立腺癌の報告は少なく，文献上本邦9例目であった。エストラサイトによる心血管系副作用は注意すべきと考えられた。

転移症状で発見された前立腺癌：宮崎隆夫，畑中祐二，榎宜田正志，永井信夫（耳原総合） 49歳，男性。左頸部リンパ節腫脹にて当院内科初診。生検にて前立腺癌と判明，当科紹介された。ホルモン療法にて1年後の現在まで経過良好。他に維持透析中の骨折，脊髄損傷にて発症した2症例とあわせて検討した。

初診時より頸部リンパ節転移を認めた前立腺癌の2例：植村元秀，西村健作，平井利明，菅野展史，水谷修太郎，三好 進（大阪労災），吉田恭太郎，川野 潔（同病理部） 症例1は，56歳，男性。主訴は左下腹部痛。当院外科受診し直腸内指診にて前立腺癌を疑われた。PSAは380 ng/ml。左側頸部，左鎖骨上，傍大動脈リンパ節腫大も認めた。前立腺生検にて中分化型腺癌と診断。また左鎖骨上リンパ節も腺癌であり前立腺癌 stage D2 (LYM)と診断。ホルモン療法を施行したが，初診13カ月後癌死した。症例2は，66歳，男性。主訴は左頸部腫瘍。当院外科にて摘出したところ腺癌であった。PSAが1,700 ng/mlと高値のため，前立腺生検施行し中分化型腺癌と診断。また腹部大動脈周囲より右腸骨領域に至るリンパ節腫大および骨転移も認めた。前立腺癌 stage D2 (LYM, OSS)と診断し両側精巣摘除術を施行。4カ月経過した現在，リンパ節は縮小するも，PSAは正常化していない。

10 cm以下の皮膚切開による前立腺全摘除術：結縁敬治，重村克巳，片岡頌雄（市立西脇），岩本孝弘（兵庫成人セ），三田彦彦（三田寺杉泌尿器科） 低侵襲を目的に，10 cm以下の皮膚切開による前立腺全摘除術を4例に施行した。全身麻酔下，体位は軽く両下肢を開いた仰臥位とし，皮膚切開は恥骨直上から頭側へ約9～10 cmの正中切開とした。腹直筋筋膜後鞘を切開しないこと，後腹膜腔展開時に精管

を切離しないこと以外は特別な器具を用いることなく，従来の下腹部正中切開による前立腺切除術と同様の手術が可能であった。術野は片手がぎりぎりはいる大きさのため，用手的剝離など盲目的操作は困難であり，できるだけ直視下に手術操作を行い，必要な場合にのみ片手を術野に入れて補助操作を行った。手術時間や出血量，術後尿失禁の経過は従来の手術と変わりなかったが，4例中1例に術中直腸損傷を，1例に術後骨盤内血腫を認めた。

深部静脈血栓症を合併した根治的前立腺全摘除術の1例：関 英夫，北森伴人（国立舞鶴） 68歳，男性。2000年5月15日，前立腺生検の結果，中等度分化度腺癌を検出。同年7月28日，stage B1前立腺癌に対し根治的前立腺切除術を行った。根治的前立腺全摘除術施行後56時間後よりせん妄が出現しミダゾラムによる鎮静開始。術後10日目より左下肢の腫脹が徐々に出現したが，疼痛は見られなかった。その後も腫脹は増悪したため，同年8月21日，下肢静脈造影施行したところ，深部静脈血栓症と診断され，永久式大静脈フィルター留置およびカテーテル下血栓吸引除去が行われた。

尿閉をきたした前立腺結核の1例：栗栖 猛，川嶋秀紀，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 症例は71歳，男性。排尿困難を主訴に当科受診。前立腺肥大症の診断のもと薬物療法で排尿状態は改善した。約1年後の2000年8月末より排尿困難が再燃し，その後尿閉となった。精査目的で10月4日当科入院。直腸診にて前立腺は弾性硬，鶏卵大，圧痛を認めなかった。尿所見にも異常を認めなかった。超音波で前立腺左葉に低エコー領域を認め，MRIで膿瘍を疑わせる所見を得た。確定診断のため前立腺生検を施行した結果，乾酪性肉芽腫を認め前立腺結核と診断した。抗結核剤を投与したところ，病巣の改善と前立腺体積の縮小を認め，自排尿可能となった。肺からの血行性感染例で，腎結核は認めなかった。結核罹患率は1998年より増加に転じている。泌尿器科医は前立腺結核を含め，尿路生殖器結核の存在を念頭に診療する必要がある。

成人に発生した前立腺原発胎児性横紋筋肉腫の1例：藤原敦子，石田裕彦，植原秀和，川瀬義夫，村田庄平，内田 睦（松下記念），清水敦夫（同放射線科），建部 敦（同病理部），細井 創（京府医大小児科） 24歳，男性。会陰部痛と尿閉を主訴に1999年2月近医受診。触診で前立腺部に超鶏卵大の腫瘍を認め，当科紹介受診。CTにて膀胱直腸窩に8×6 cm大の腫瘍を認めた。経会陰的腫瘍針生検の結果，poorly differentiated rhabdomyosarcomaであり，全身検索施行し，臨床病期 T2bN0M0と診断した。IRS II レジメン45に従い，術前VAC療法を施行したところ，開始2カ月で約60%の縮小率を認め，その段階で手術を施行しようとした。しかし，患者の同意が得られず，やむなくさらに1カ月化学療法を継続したが，腫瘍が再増大したため，患者も手術に同意し，骨盤内腫瘍摘除術を施行，さらに術後化学療法も行った。しかし，術後約2カ月で局所再発，肺，肝転移認め，12月死亡した。

膀胱転移を認めた Malignant Melanoma の1例：安田孝志，矢野公大，増田健人，邵 仁哲，野本剛史，浮村 理，河内明宏，中尾昌宏，三木恒治（京都府立医大） 60歳，女性。1998年4月より左耳介外側部原発の Malignant Melanoma にて治療中，2000年7月より肉眼的血尿が出現したため，同年9月当科にて膀胱鏡を施行した。膀胱鏡にて非乳頭状，暗黒色の腫瘍性病変を認めた。CT，MRIでは膀胱内に突出する腫瘍性病変は認められなかった。入院時，既に肺転移，肝転移，全身皮下転移，脂肪組織内転移など多臓器転移を来しており，2000年10月，止血目的にて経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織所見は，メラニン色素顆粒を認め，Malignant Melanomaと診断された。術後1カ月後，全身転移のため死亡した。転移性 Malignant Melanoma の予後は不良であり，膀胱局所に対する治療としては経尿道的膀胱腫瘍切除術が妥当と思われた。本邦では本症例は6例目であった。

S状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻の1例：今田直樹，東勇太郎，畑 佳伸，青木 正（西陣） 82歳，女性。30歳時卵巣嚢腫手術。1999年6月18日，食欲不振と39度の発熱を主訴に内科受診し，検査所見でWBC 18,500/mm³，CRP 17.60 mg/dlと高値であったため即日入院となった。尿沈渣はRBC 0～1/hpf，WBC 31～50/hpfであった。補液と抗生剤投与で症状は軽快したが，7月5日糞尿が出現

した。膀胱鏡検査では膀胱後壁に中央部が陥凹した膨隆を認め、瘻孔造影によりS状結腸が描出された。瘻孔周囲粘膜生検にて悪性所見は認められなかった。大腸内視鏡検査ではS状結腸の憩室以外に、腫瘍や狭窄などの異常所見はなく、注腸造影検査でS状結腸憩室から膀胱への造影剤流出を認めた。以上より、S状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻と診断し、8月5日結腸膀胱瘻切除術を行った。自験例を含む本邦S状結腸膀胱瘻172例について統計的観察を行った。

膀胱腫瘍を合併したS状結腸膀胱瘻の1例：河瀬紀夫，寒野 徹，伊藤将彰，瀧 洋二（公立豊岡） 70歳，男性。過去に数回大腸憩室炎で入院加療を受けた既往がある。2000年9月頃より下腹部不快感・排尿時不快感があった。前医で膀胱鏡を施行され左側壁に乳頭状腫瘍を指摘。生検の結果移行上皮癌と診断された。当科での再生検でも表在性膀胱腫瘍と診断された。CT上膀胱壁内にairを認めたこと，大腸憩室炎の既往があることより膀胱腫瘍を合併したS状結腸膀胱瘻と診断し，手術を施行した。大腸と膀胱の癒着が極めて強固で，S状結腸と共に膀胱全摘術を余儀なくされた。現在術後約3カ月で，経過良好にて今後一時的に作製した人工肛門の閉鎖予定である。表在性膀胱腫瘍と大腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻の合併の報告は稀で，治療は膀胱部分切除術＋S状結腸切除術が一般的であるが，今回の症例のように癒着が強固な場合は尿路変更も考慮する必要があると考えられた。

膀胱原発印環細胞癌の1例：山口 旭，藤本 健，清水一宏，福井義尚，平山曉秀，三馬省二（県立奈良），上甲政徳（星ヶ丘厚生年金） 54歳，女性。1998年5月より肉眼的血尿が認められ，8月に当科を受診。膀胱鏡で後三角部から右壁にかけて非乳頭状，広基性の腫瘍が認められた。TUR 生検と画像診断で，膀胱原発印環細胞癌と診断した。1998年10月に膀胱，子宮，付属器全摘除術，回腸導管造設術を施行した。病理診断は膀胱印環細胞癌 (pT4N2M0) であった。術後補助化学療法を施行するも局所再発をきたし，術後2年で癌死した。本症例における膀胱腫瘍部のMRIは，T2強調像で水に近い高信号を示した。これは，肉眼的および組織学的所見と総合して，産生された粘液を含有する嚢胞状構造を示すものと考えられ，浸潤性膀胱印環細胞癌の組織構築と合致する所見であった。

AFP および hCG 産生膀胱癌の1例：森末浩一，楠田雄司，原口貴裕，山中 望（神鋼） 61歳，男性。1994年4月肉眼的血尿にて当科紹介。多発性肺転移を有する浸潤性膀胱癌で生検にてTCC，G3と診断された。化学療法施行するも奏功なく6カ月で癌死した。腫瘍マーカーでは血清AFP，hCG，hCGβ，尿中hCG，hCGβ，β-core fragment (β-CF) が高値を示した。免疫染色にてAFP，hCGの腫瘍内局在性を確認し，hCGβ 様免疫活性性についてはSephadex G-100ゲルクロマトグラフィーおよびhCG，hCGβ，β-CFにそれぞれ特異的EIAを用いて分別測定し質的分析を行った。この結果，血清中では多量のhCGβに加えてhCGも検出され，尿中ではhCG，hCGβに加えて多量のβ-CFが認められた。これまでわれわれは膀胱癌がhCGβを産生し，その尿中代謝産物と考えられるβ-CFが腫瘍マーカーとなることを示してきたが，本症例では同時にAFP，hCGも産生している極めて稀な症例である。

眼窩に転移した膀胱癌の1例：松岡庸洋，岡 聖次，新井浩樹，高野右嗣，北村雅哉，高羽 津（国立大阪），濱中紀子（同眼科），河原邦光，倉田明彦（同病理） 53歳，女性。主訴は左上眼瞼腫脹。既往歴として43歳時尿路結石，家族歴に特記すべきことなし。1999年11月より当科にて進行性膀胱癌に対しTUR-Bt（病理組織はTCC，G3），MVAC 1クール施行するも患者都合にて治療中断していた。2000年4月より左上眼瞼腫脹出現，6月16日当院眼科初診，画像上悪性腫瘍疑われ腫瘍生検施行，病理組織上，TUR-Btの病理所見と同等であり，膀胱癌の眼窩転移と診断した。膀胱腫瘍の再発と，傍大動脈リンパ節，骨盤リンパ節腫脹もあり，MVAC 2クール施行するもPDであった。膀胱部分切除術，眼窩に対し放射線療法を施行，現在眼窩転移出現後10カ月経過し，2nd lineの化学療法としてMEP療法を施行中である。膀胱癌の眼窩転移は稀であり，文献上，10例目であると思われる。

放射線療法により発生したと考えられた膀胱扁平上皮癌の2例：南高文，小池浩之，今西正昭，門脇照雄（富田林），福井淳一（市立貝

塚） 症例1，62歳，女性。主訴は頻尿，30年前，子宮頸癌に対し子宮全摘術施行され，その後，放射線照射を施行された。膀胱内腔は，壊死組織で充満され，膀胱壁は全周性に発赤し，既往歴より放射線性膀胱炎と考えた。また，後壁には穿孔，壊死組織の病理診断にて，扁平上皮癌を認め，膀胱扁平上皮癌による，膀胱穿孔と診断し，膀胱全摘術を施行。病理所見では，膀胱粘膜が扁平上皮化生を起こし，癌化したものと診断した。症例2，86歳，女性。主訴は，血尿，31年前，同じく子宮頸癌に対し子宮全摘術，放射線療法を施行された。膀胱鏡にて膀胱頂部から前壁にかけて腫瘍を認め，穿孔していた。膀胱壁は同じく放射線性膀胱炎と考えた。病理所見にて，同じく扁平上皮化生を伴う扁平上皮癌を認めた。2例共，生存中である。

膀胱褐色細胞腫の1例：藤井令央奈，新谷寧世，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 27歳，女性。1996年より排尿時動悸に気づく。2000年10月22日肉眼的血尿で近医受診。エコー上膀胱内に腫瘤を認め，11月13日当科入院。膀胱鏡，CT，MRI上膀胱内に4.5cmの腫瘤を認めた。血中カテコラミン分画でノルアドレナリンの上昇，尿中分画でノルアドレナリン，アドレナリン，VMAの上昇を認めた。安静時血圧は正常だが排尿時に動悸および血圧上昇を認めた。I-MIBGシンチグラフィーで，膀胱部に集積像を認めた。12月5日，膀胱部分切除術を施行。病理組織学検査で小型円形〜単紡錘型の核と顆粒状細胞質を有する腫瘍細胞が髄様胞巣を形成して増殖。免疫染色では，クロモグラニン，ヴィメンチン，NSEで陽性。以上より膀胱褐色細胞腫と診断。術後3カ月再発の徴候はない。文献上，調べたかぎり本邦報告88例目であった。

膀胱，皮膚に髄外腫瘍を形成した多発性骨髄腫の1例 小山正樹，田中重喜（済生会吹田），小畑寛純（同内科） 80歳，女性。多発性骨髄腫IgG (κ型)の診断にて1999年1月より化学療法(DMVM)施行。2000年9月5日肉眼的血尿にて当科に受診。膀胱鏡を施行したところ，膀胱前壁に出血を伴う拇指頭大の隆起性腫瘍を認めた。表面は平滑，広基性の腫瘍であった。電気凝固を行い止血，ついで，膀胱腫瘍生検を施行した。骨盤CT画像上，膀胱前壁に粘膜下から周囲脂肪層まで浸潤を認める長径4.5cmの境界明瞭な孤立性の腫瘍であった。生検組織診断では，形質細胞腫を認め，多発性骨髄腫による膀胱浸潤と診断。9月21日膀胱部分切除術を施行した。多発性骨髄腫の膀胱への髄外浸潤は極めて稀であり，われわれの調べたかぎりでは，文献上，本症例を含め5例の報告を見るのみであり，本邦では2例目であった。

二期的内視鏡手術が奏効した巨大膀胱憩室の1例：藤岡 一，岡泰彦（加古川市民） 66歳，男性。数年前より排尿困難出現するも放置，しだいに増悪し，2000年4月7日当科受診となった。左下腹部に小児頭大の腫瘤を触知し，CT，USなどで左腎下極付近まで達する120×110×140mmの巨大膀胱憩室およびBPHを認めた。初診時にバルーンカテーテル留置した。残尿は1,600ccであった。初診約1カ月後にTURPを施行し，さらに約4カ月後に経尿道的膀胱憩室切開凝固術(TUIFBD)を施行した。膀胱憩室の残存率は，TUIFBD術前で25%，術後約3カ月で4.5%となり，Qmax 19.0 ml/s，残尿量 30 mlと排尿障害は著明に改善した。二期的内視鏡手術は合併症も少なく，憩室の自然退縮も期待できるため有用と思われる。

肺結核症を合併した気腫性膀胱炎の1例：曾我英雄，今西 治（京都ルネス） 症例は64歳，男性。糖尿病，多発性脳梗塞の既往あり。2000年5月に下腹部膨隆感，発熱にて受診。下腹部に鼓音，圧痛を伴った腫瘤を触知した。単純レントゲン写真，腹部CTにて尿閉による膀胱拡張と膀胱壁の気腫様変化を認めた。気腫性膀胱炎と診断し，尿道カテーテル留置および抗菌化学療法による保存的治療にて，画像上，気腫性膀胱炎は軽快した。尿培養検査では大腸菌が検出された。治療開始後も発熱は続き，また上気道炎様症状の増悪を認めた。胸部画像所見および喀痰結核菌直接検出法にて粟粒結核と診断した。三剤併用抗結核治療を開始し，治療継続のため転院となった。糖尿病を基礎疾患にもつ肺結核再燃を生じた易感染性症例であり難治症例と考えられたが，保存的治療にて気腫性膀胱炎が軽快した症例であった。

間質性膀胱炎に対し水圧拡張療法を施行し効果を認めた1例：吉岡伸浩，森 康範，原 靖，大西規夫，杉山高秀，栗田 孝（近畿大）59歳，女性。約3年前から頻尿，夜間頻尿，尿意切迫，膀胱部痛が出現。近医にて抗生剤，抗コリン剤などの投与を受けるも症状軽快せず，膀胱鏡施行したところ間質性膀胱炎と診断されたため，2000年7月5日に当科受診。同年7月16日に1回目の水圧拡張療法を施行。水圧拡張療法は腰椎麻酔下に生理食塩水を80 cmH₂Oになるまで注入し，その状態を約10分間維持する。疼痛は軽快したが頻尿は不変であり，1ヵ月後には疼痛の再発も認めたため10月6日に再度水圧拡張療法を施行。さらに Pumping を1週間施行したところ，膀胱部痛は消失し，1回排尿量は50 ml が100 ml まで増加，排尿間隔も30分毎が1時間半から3時間毎まで延長を認めた。以後，3ヵ月間経過観察しているが症状の再発は認めていない。

膀胱自然破裂の1例：落合 厚，中内博夫，杉本浩造，大江 宏（京都第二赤十字），前川幹雄（京都民医連中央） 症例は68歳，男性。主訴は腹痛。約1週間前より腹部の違和感を自覚。当日腹痛増強，胆汁色の嘔吐。腹部膨満と，全体に圧痛。尿道カテーテル挿入時強度の血尿あり。白血球 28,700，BUN 36.9，Cr 4.3。CT で，腹腔内に大量の腹水と，膀胱内に腫瘤，膀胱頂部に壁の欠損像あり。膀胱造影で腹腔内への造影剤の流出あり。膀胱部分切除術，開腹ドレナージ術を施行。膀胱頂部に約3押指の膀胱破裂があり。病理組織像は肉芽組織の形成と膀胱壁の全層に繊維化あり。前立腺容量は32 cm³。残尿 50 ml，膀胱コンプライアンス 3.2 ml/H₂O，Schefer grade 6。前立腺肥大と膀胱低コンプライアンスが破裂の原因と診断。TUR-P を施行。切除後1ヵ月後の評価では，残尿なし。高圧排尿，膀胱コンプライアンスも正常化した。

膀胱異物の1例：重村克巳，結縁敬治，片岡頌雄（市立西脇），岩本孝弘（兵庫成人セ），三田俊彦（三田寺杣泌尿器科） 60歳，男性。数ヵ月前からの頻尿を主訴に当科受診。下部尿路疾患を疑い膀胱造影検査を施行，膀胱内に異物を疑わせる異常陰影を認めた。膀胱鏡検査を施行したところ，膀胱内に多量のチューインガムを認めた。再度の病歴聴取により，以前よりチューインガムを引き延ばして細くしたものを冷蔵庫にて固め，自慰目的に尿道内に挿入していたが，今回はそれが取れなくなったため来院したことが判明した。異物鉗子にて摘出を試みるもガムが伸びてしまうため難しく，膀胱鏡の還流水を冷却し，ガムを固化することにより内視鏡的に除去できた。文献上膀胱尿道異物としてはこれまで数多く報告されているが，チューインガムの報告例はなかった。

総排泄腔外反症に対する Gastric urinary reservoir の経験：内藤泰行，原田泰規，松本富美，島田憲次（大阪母子保健医セ） 総排泄腔外反症 8 歳，女児。今回就学期を迎え尿禁制確保を目的に根治術を施行した。尿路変更術として gastric urinary reservoir を作成および逆流防止術を行い導尿路には左尿管下端を使用した。あわせて膀胱壁を利用した腔形成術を行った。術後6ヵ月の評価で reservoir には約240 ml 貯留が可能で，逆流や尿失禁は認められない。また，コンプライアンスも12 cm/H₂O と良好である。現在12 Fr のネラトンカテーテルでの自己導尿を行っている。胃利用の尿路変更術は胃酸分泌によるアルカローシスや血尿に注意を要するが尿路感染や粘液分泌が比較的少なく，壁が厚いために逆流防止の粘膜下トンネル作成が容易などの利点がある。

尿路上皮癌の陰茎転移の1例：間山大輔，木村泰典，上田 崇，本郷文弥，邵 仁哲，鴨井和実，藤戸 章，三木恒治（京府医大） 83 歳，男性。1998年11月，右腎盂腫瘍に対し腎尿管全摘除術を施行した（TCC，G2，pT3N0M0）。その後，膀胱内再発を繰り返したため，経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った。2000年2月には多発性に膀胱内再発を認め，膀胱・尿道全摘除術を施行した（TCC，G2，pT2）。術後7ヵ月で陰茎に腫瘤を認め，亀頭包皮炎として治療していたが，治療抵抗性であったため生検を行い，移行上皮癌と診断した（TCC，G2）。画像診断上，他の臓器に転移を認めず，2000年9月，転移性陰茎腫瘍摘除術を施行した。退院後，多臓器転移が出現し，2001年2月には転移性陰茎腫瘍の再発を認めたため，転移性陰茎腫瘍摘除術を予定している。

巨大コンジローマの1例：小野隆征，島本一匡，岸野辰樹，上甲政徳，百瀬 均（星が丘厚生年金） 73歳，男性。生来，仮性包茎。2000年3月頃より陰茎先端部の腫瘤を認めるも放置，徐々に増大したため，5月29日当科を受診し入院。陰茎先端部に直径約3 cm のカリフラワー状腫瘤を認め，両側鼠径部に小指頭大のリンパ節を触知した。2000年6月2日，陰茎腫瘍生検を施行。病理組織所見では尖形コンジローマであったが，臨床所見から巨大コンジローマと診断。9月1日，陰茎部分切除術と両側鼠径部リンパ節生検を施行した。病理組織所見は巨大コンジローマであった。PCR 法，免疫組織学的検査でも HPV はどの型も検出されなかった。また，両側鼠径部リンパ節には転移や悪性所見は認めなかった。手術5ヵ月後の現在，再発を認めていない。巨大コンジローマは陰茎癌との鑑別が困難であり，悪性化する可能性があるため，その診断と治療には十分な注意が必要である。

精管切除術後の精子肉芽腫による自然再開通：楠田雄司，原口貴裕，田中一志，森末浩一，山中 望（神鋼），田寺成範（田寺泌尿器科） 37歳，男性。避妊目的にて精管切除術を施行された。術後1ヵ月の精液検査では活動精子を認めなかったが，術後2ヵ月の精液検査にて活動精子が出現し自然再開通が疑われ当科受診した。精管切断部に腫瘤を触知し，これを切除した後精管断端を折り返して結紮し手術を終了した。病理組織診にてリンパ球，組織球，異物型多核細胞の浸潤を伴った肉芽腫性炎症変化を認めた。また扁平および立方上皮に覆われた小腺腔を形成し，内腔に精子を入れた腔も散見され精子肉芽腫による自然再開通と診断した。精子肉芽腫は精管切除術後の合併症として比較的高率に認められ自然再開通の原因になりうるため，再開通を防止するために精管断端の処理に電気凝固や折り返しなどの手技を適用したり十分な長さの精管を切除することが有用と思われる。

Peyronie 病に対するブラーク切開と静脈グラフトを用いた1治療経験：新谷寧世，南方良仁，稲垣 武，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 62歳，男性。主訴は陰茎背部の硬結と勃起時の陰茎彎曲と疼痛。ステロイド局所注入やトラニラスト，柴苓湯，ビタミン製剤投与にても自覚症状は軽減せず。患者の希望もあり，2000年11月21日腰椎麻酔下にブラーク切開および大伏静脈をグラフトとする形成術を施行した。術後，陰茎根部の硬結は残存したものの，勃起時の彎曲および疼痛はほぼ完全に消失した。Peyronie 病は欧米ほど頻度は多くないとされているが，今後わが国でも増加してくる可能性は充分にあり，彎曲の高度な症例や，疼痛がひどく保存的治療に改善をみない症例は手術的治療を積極的に薦めるべきと考えられた。

外陰部リンパ管腫2例：高尾典恭，清水洋祐，岩城秀出洙，七里泰正，山内民男（北野） 症例1は，22歳，男性。左陰囊外縁部の有痛性腫瘍を主訴に1995年5月当科受診。圧痛を伴った鳩卵大の腫瘤を左陰囊外縁に触れ，術前診断は左陰囊内膿瘍であった。症例2は，35歳，男性。右陰囊外側より肛門を連続する有痛性索状腫瘤を主訴に2000年7月当科受診。右陰囊外側から肛門に続く，圧痛を伴った腫瘤を触れ，術前診断は右外陰部膿瘍であった。2例とも，腫瘤切除術を施行し，病理組織学的診断はリンパ管腫であった。リンパ管腫は，身体の様々な部位に発症しうるが，その95%は頭頸部・上肢に発生するとされており，外陰部リンパ管腫は稀である。鑑別診断には，鼠径ヘルニア，精液瘤，陰囊水腫，外陰部膿瘍などが挙げられる。感染性または腫瘍性病変の所見に乏しい外陰部腫瘤は，本疾患も念頭に置くべきと考えられた。

自己による陰茎および陰囊内容切断の1例：野瀬隆一郎，酒井豊，辻 功，長久裕史，後藤章暢，原 勲，藤澤正人，川端 岳，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），三田俊彦（三田寺杣泌尿器科） 症例は42歳，男性，既往歴に明らかな精神科疾患なし。現病歴，2000年10月25日多量の飲酒後21時頃鎮で陰茎および陰囊内容切断を行い，意識消失状態のところを知人に発見され当科へ搬送された。来院時意識不鮮明，血圧低下，Hb 8.3 g/dl と出血性ショック状態であった。陰茎は根部から3 cm で切断され，両側精巣は認めず，精索断端からの出血を認めた。陰茎先端は細かく切断されており，陰茎再吻合術は不可能であったため陰茎断端形成術，精索断端結紮術を行った。術後患者は精神分裂病を強く疑われ，投薬治療を受けている。われわれの調べた限り性器の自傷は自験例を含めて23例報告されており文献的考察を加えて報告した。

再発性下腿潰瘍を来した 48XXYY Klinefelter 症候群の 1 例：野田泰照，岡大三，鄭則秀，高田晋吾，小出卓生（大阪厚生年金），宮島進，岡田奈津子（同皮膚科）患者は48歳，男性。15歳頃，他院にて右精巣摘除を受けているが詳細は不明である。今回，再発性下腿潰瘍にて当院皮膚科受診，外性器萎縮にて当科紹介となる。体型は類宦官であるが，女性化乳房は認めない。左下腿に潰瘍を，両下腿広範に潰瘍痕を認める。外性器および残存する左精巣は矮小であった。血中テストステロンの異常低値，FSH・LH の異常高値を認め，染色体検査にて 48XXYY Klinefelter 症候群と判明した。下腿潰瘍は外用薬・抗血小板薬にて軽快した。現在，本人の希望もあり男性ホルモン内服にて外来通院中である。本症例は 48XXYY Klinefelter 症候群本邦24例目，下腿潰瘍を合併したものとしては本邦5例目であった。

von Recklinghausen 病に合併した精巣腫瘍の 1 例：安田鐘樹，渡邊仁人，島田治，川端和史，六重光英，室田卓之，川喜田睦司，松田公志（関西医大），植村芳子（同病理），川村博（関西医大男山）31歳，男性。1999年11月頃より右陰嚢部腫脹増大し，12月20日当大学男山病院にて右高位精巣摘除術施行。5×4×4 cm の傍大動脈リンパ節転移認め Seminoma, stage IIB と診断。腹腔内に神経線維腫を多数認め転移巣との鑑別には MRI が有用であった。BEP 3 コース後転移巣は瘢痕状となり退院。3 カ月後，残存腫瘍の増大を認め VIP 3 コース後 RPLND を施行。病理組織では残存腫瘍の多くは線維化していたが一部 viable が存在し，VIP を 2 コース追加。術後 4 カ月目の 2001 年 1 月後腹膜に再発を認め加療中である。

下肢浮腫を契機に発見された進行性精巣腫瘍の 1 例：横溝智，西村和郎，西村憲二，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），藤田和利（箕面市立）55歳，男性。1999年7月2日左下肢の浮腫を自覚。熱感および疼痛を伴ってきたため近医内科受診。左下腿静脈に血栓，正中から左側腹部に巨大な腫瘤を指摘され他院外科にて血栓溶解療法を施行された。また，泌尿器科を紹介され，左陰嚢内容の腫脹を指摘された。左精巣腫瘍および後腹膜リンパ節転移と診断され，左高位精巣摘出術施行。病理組織は seminoma。7月27日追加治療目的に当科入院。腹部 CT にて後腹膜に 17×17×19 cm の腫瘤，また左総腸骨静脈から膝下レベルまで血栓を認め，stage IIB と診断。BEP 4 コース，RPLND を施行し縮小率85%であった。RPLND 時のエコーにて血栓は消失し，残存組織に viable cell を認めず2000年2月21日退院。その後11カ月経過し，再発，転移は認めていない。

有痛性腫大を主訴，とした停留精巣に発生した精巣腫瘍の 2 例：桃原実大，小森和彦，今津哲央，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察），西村理恵子（同病理）2 症例とも右停留精巣放置例で，主訴は，右陰嚢内容有痛性腫大。症例 1 は，34歳，男性。エコー上，hyperechoic な充実性腫瘍かつ LDH, β -HCG の高値。1995年7月7日右高位精巣摘除術施行。病理組織は，typical Seminoma。後腹膜リンパ節転移を認め，pT1N2M0 stage IIA と診断。術後，BEP 3 クール，後腹膜リンパ節郭清を施行。現在，再発，転移を認めず。症例 2 は，23歳，男性。エコー上，多発した嚢胞性腫瘍かつ AFP の著明な高値。1998年5月29日右高位精巣摘除術施行。病理組織は，Yolk sac tumor。精巣垂捻転の併発を認めた。pT1N0M0 stage I と診断。現在，再発，転移を認めず。停留精巣に発生した精巣腫瘍の本邦報告例を年齢，患側，部位，病理組織，疼痛の有無に関して検討した。

交叉性精巣転位に合併した精巣腫瘍の 1 例：竹垣嘉訓，杉田省三，張本幸司，田部茂，金澤利直，柏原昇（吹田市民）32歳，男性。左鼠径ヘルニア，左陰嚢水腫で手術の既往あり。2000年6月16日，左陰嚢内容腫大を主訴に当科紹介。超音波検査にて左精巣腫瘍と診断し，6月21日，左高位精巣摘除術を予定し手術を開始したところ，左陰嚢内に腫瘍とは別に精巣・精索を認めた。2本の精索は共に左内鼠径輪方向に向かっており，右交叉性精巣転位に合併した精巣腫瘍と診断し，腫瘍側を可及的高位にて摘除した。術後病理診断は seminoma であった。腹部 CT にてリンパ節転移は認めず，stage I と診断した。なお，非腫瘍側の精巣生検の結果は，正常の造精能を保った精巣組織であった。術後，PE 療法を 2 クール施行し，現在まで再発，転移は認めていない。交叉性精巣転位に合併した精巣腫瘍は稀で，自験例は本邦報告18例目であった。

初回治療20年後に再発した精巣腫瘍の 1 例：公平直樹，木下秀文，西川信之，小林恭，西山博之，諸井誠司，賀本敏行，奥野博，寺井章人，寛善行，小川修（京都大），塚崎秀樹，西尾恭規（静岡県立総合）42歳，男性。22歳時に右精巣腫瘍 stage II の診断にて右高位精巣摘除術 RPLND 施行，病理診断は胎児性癌と奇形腫。化学療法 PVB 1 コース追加し AFP は正常化。以降外来にて経過観察となったが，2000年6月 AFP625 と上昇し，後腹膜リンパ節の腫大を認め腫瘍の再発と診断された。化学療法 EP 2 コースと超大量化学療法の導入のためのタキソールイホマイドを使用した TI 2 コース施行したが，評価は PD。化学療法に抵抗性だと考え，この時期に RPLND 施行。腫瘍は下大静脈・十二指腸右腎尿管とともに合併切除。術後 AFP は順調に下がり，3.0以下となった。晩期再発精巣腫瘍は化学療法に抵抗性であることが多く切除可能病変であれば，手術を念頭に治療計画が必要であると考えられた。

性腺外胚細胞腫治療後，8年目に発生した原発性精巣腫瘍の 1 例：杉野善雄，福澤重樹，小林真一郎，松井喜之，岩村博史，岡裕也，竹内秀雄（神戸中央），埴岡啓介（同病理）35歳，男性。1992年に腰痛，発熱の精査で入院。縦隔，後腹膜腔の性腺外胚細胞腫（embryonal carcinoma）に対し，VAB-6 を 3 コース施行後放射線治療を行い，寛解を得ている。2000年9月右陰嚢内容腫大で受診。右精巣腫瘍に対して，右高位精巣摘除術を施行した。組織は pure seminoma, pT1, N0, M0 であった。現在，外来で厳重に経過観察中である。性腺外胚細胞腫根治後に生じた原発性精巣腫瘍の報告は，文献上本症例が 8 例目であり，本邦に限れば 2 例目である。精巣腫瘍は原発腫瘍とは別に発生したのと考えられるが，発癌リスクの遺伝学的な検索など，さらに検討を加えていきたい。

高齢者に発症し溶血性貧血を合併した 同時性両側性精巣腫瘍の 1 例：月川真，中井康友，黒田秀也，小澤純二，片桐修一，有馬良一（大手前）症例は84歳，男性。内科にて右腋窩腫瘍と貧血の原因を精査中，右精巣の腫大到気づいたため，泌尿器科受診。触診上右精巣は直径 4 cm 大に腫大し，弾性硬であり，また左精巣にも弾性硬で直径 2.5 cm 大の軽度腫大を認めた。腫瘍マーカーは AFP, β -HCG ともに正常範囲内であった。両側性精巣腫瘍と診断し，両側高位精巣摘除術施行。病理学的診断は両側とも退形成性セミノーマであった。また右腋窩リンパ節生検の結果もセミノーマであり，精巣腫瘍の転移であると考えられた。好発年齢が若年者である精巣腫瘍が高齢者にみられることは少ない。年齢を問わず，両側性の精巣腫瘍は稀な疾患であり，同時性のものはさらに報告例が少ない。加えて溶血性貧血を合併した本例は，きわめて稀な症例であると考えられた。

高齢者に発生した傍精巣横紋筋肉腫の 1 例：牛田博，前川正信，前川信也，井上幸治，大森孝平，西村一男（大阪赤十字），馬場谷勝廣（ばばクリニック）74歳，男性。1年前に右精巣上体炎の既往あり。2000年5月右陰嚢内腫瘍にて投薬を受けるも改善しないため同年9月当科紹介受診。触診にて右精巣と境界不明瞭な精巣上体に一致する腫瘍を認めた。MRI にて右精巣と連続性を持たない内部不均一な腫瘍を認めた。右精巣上体炎後の炎症性肉芽腫あるいは稀ではあるが精巣上体腫瘍の疑いで右精巣上体腫瘍摘出術を予定したが，精巣との剥離困難なため右精巣摘除術を施行した。病理診断は胞巣型横紋筋肉腫と adenomatoid tumor との collision tumor であった。術後診断は傍精巣横紋筋肉腫 group Ib とした。術後補助療法として VAC 療法（vincristine, actinomycin D, cyclophosphamide）3 コース施行した。術後 4 カ月現在再発，転移なく生存中である。

尿道 Paget 病の 1 例：植田知博，奥見雅由，市丸直嗣，藤本宜正，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立）71歳，女性。1997年頃より外陰部に軽度掻痒伴う表面白色の皮疹出現，生検にて陰部 Paget 病と診断，1999年8月陰部拡大切除，右腹直筋皮弁術施行。病理組織では表皮内へバルトリン腺癌が波及した広義の Paget 病と診断。2000年3月外尿道口に発赤を認め，同部位の擦過細胞陽性にて陰部 Paget 病尿道再発と診断。同年7月膀胱，尿道全摘および回腸導管造設術施行。病理組織では粘膜上皮内に移行上皮癌と Paget 細胞が見られた。乳房外 Paget 病全体の約25%に他臓器癌が見られ，膀胱，尿道にも2.6%に移行上皮癌の合併が見られる。この症例は陰部 Paget 病の尿道再発に移行上皮癌が合併した稀な症例と考えられた。早期の十分な手術治療が第一選択であり他臓器癌の検索も重要である。

直視下内尿道切開術後に発生した海綿体構造を有する尿道腫瘍の1例：野間雅倫，森 直樹，原 恒男，山口誓司（市立池田） 70歳，男性。1999年2月に前立腺肥大症にてTUR-Pを施行。術後に尿道狭窄を認め，同年5月直視下内尿道切開術を施行した。術後，尿道ブジーを施行するも8月より尿線散乱が出現し，軽快と再発を繰り返すため尿道鏡を施行したところ，外尿道口より5cmの前部尿道に腫瘤を認めたため，尿道切開部より発生した肉芽腫と考え2000年6月に腰椎麻酔下に内視鏡的切除術を施行した。腫瘤は正常尿道上皮と海綿体構造を有し，直視下内尿道切開術の既往などを考えあわせ，尿道海綿体の腫瘤状の突出であると結論づけた。術後8カ月の現在，狭窄，腫瘤の再発は認めていない。直視下内尿道切開術後に同様の腫瘤の発生した例は過去の文献上認められなかった。

カンジダ感染を合併したカウパー管嚢胞と考えられた1例：堀田洋一郎，堀井泰樹（奈良社保） 症例は65歳，男性。数年前に糖尿病を指摘されていたが放置していた。1998年4月頃会陰部痛，発熱，排尿困難，尿道出血を認めた。以後尿線狭小，会陰部腫痛，座位時の尿失禁を自覚するようになった。2000年4月6日尿閉にて当科受診。初診時陰茎陰囊移行部に波動性のある長径約4cmの腫瘤を触れ，圧痛を認めた。尿道造影にて球部尿道を下方より圧排するわずかに造影される腫瘤を認めた。膀胱瘻造設術施行，検尿にて膿尿を認め尿培養でCandida albicans (3+) が検出された。Fluconazoleの投与により腫瘤は縮小したが消失しなかった。尿道鏡を施行したところカウパー管の開口部は明らかでなく，球部尿道に輪状狭窄を認めたため内尿道切開術を施行。膿瘍は消失し排尿状態も改善した。

尿道ポリープ様病変の2例：瀧本啓太，上仁数義，田中 努，若林賢彦，岡田裕作（滋賀医大） 症例1は69歳，男性。2000年7月，肉眼的血尿，排尿時痛出現。膀胱結石，右尿管結石と診断され，9月14日入院となった。膀胱尿道鏡検査にて，外尿道括約筋のすぐ遠位側に直径約2mmの乳頭状腫瘍を認め，生検鉗子にて摘除した。病理組織所見より炎症性ポリープと診断した。摘除後5カ月の現在再発を認めていない。症例2は59歳，男性。表在性膀胱腫瘍の治療後経過観察中に，外尿道括約筋のすぐ遠位側に直径約5mmの有茎性腫瘍を認め，2000年9月11日入院となった。尿細胞診はclass IIIaであった。生検鉗子にて腫瘍を摘除し，電気凝固にて止血した。病理組織所見より海綿状血管腫と診断した。摘除後5カ月の現在再発を認めていない。尿道血管腫は稀な疾患であり，自験例はわれわれが検索した限りでは本邦8例目であった。

女子傍尿道平滑筋腫の1例：廣田英二，伊藤吉三（綾部市立） 52歳，女性。1年前より外陰部の腫瘤に気づき，徐々に増大してきたため，当科受診。外尿道口の3時方向に，小指頭大，充実性，弾性硬の腫瘤を認めた。腫瘤部の尿道粘膜は表面平滑で，腫瘤と周囲組織との境界は明瞭で可動性があった。排尿障害の自覚はなかったが，最大尿流率は9.2 ml/sと低下し，127 ccの残尿を認めた。2000年9月12日，腰椎麻酔下に腫瘍摘除術を施行した。摘除標本は，重量1.8g，大きさ16×13×10 mmで，病理診断は，平滑筋腫であった。術後，最大尿流率は18 ml/sに改善し，残尿は消失した。女子の傍尿道平滑筋腫は，本邦で100例程度の報告がある。

当科における腎移植10例の経験：西岡 伯，南 高文，山本 豊，松本成史，紺屋英児，秋山隆弘（近畿大堺） 当院は1999年3月に開

院し，現在までの約2年間に10例の腎移植を行った。ドナーは生体腎が9例，献腎が1例で，平均年齢が55.1歳であり，高齢のドナーが多かった。レシピエントの平均年齢も38.8歳と高齢化の傾向が見られた。原疾患では1例がIDDMによる糖尿病性腎症によるものであった。初期免疫抑制は，シクロスポリンもしくはタクロリムスを用いた多剤併用療法を行った。移植後早期の急性拒絶反応は5例に7回見られたが，全て治療により回復した。1例に急性シクロスポリン腎毒性を経験した。献腎移植の1例は移植後1年で遅発型急性拒絶反応により機能廃絶となった。他の9例は観察期間は短い安定した移植腎機能を維持しており，完全社会復帰が得られている。

ミコフェノール酸モフェチル（MMF）が奏効した難治性急性拒絶反応の1例：永野哲郎，尾上正浩，江左篤宣（NTT 西日本大阪） 25歳，男性。IgA 腎症由来の慢性腎不全のため24歳時よりCAPD導入されていた。2000年1月17日，母をドナーとして生体腎移植術施行。初期免疫抑制はシクロスポリン，プレドニゾロン，アザチオプリン，抗リンパ球グロブリンの4剤併用であった。移植後速やかに血清クレアチニン値（S-Cr）は低下したが，POD9に急性拒絶反応を発症した。ステロイドパルス療法を行うも無効で，POD14に移植腎生検を行い塩酸グスベリムス（DSG）を投与した。移植腎病理所見はBanff分類1997年のAcute rejection Grade IIAと診断された。DSG投与にてS-Crは低下したが再び移植腎機能が悪化し，ステロイドパルス後アザチオプリンをMMFに変更したところ，急性拒絶反応は寛解し略治退院した。現在移植腎機能はS-Cr 1.5 mg/dlと安定している。

腎移植後に発生した膜性腎症の1例：寒野 徹，伊藤将彰，河瀬紀夫，瀧 洋二（公立豊岡），吉田浩士，奥野 博，小川 修（京都大） 39歳，男性。37歳時IgA 腎症にて腹膜透析導入。1999年2月父親をドナーに生体腎移植術施行。術後腎機能は安定していたが，1～3gの蛋白尿持続し，腎移植後1年目に腎生検施行した。病理学的所見では拒絶反応の所見は認めなかったが，免疫染色でIgG，C3の沈着あり，電顕では上皮下にdepositを認め，膜性腎症と診断された。蛋白制限，血圧のコントロールに加え，ATII受容体拮抗剤カンデサルタンの投薬を開始した。経過として腎機能の悪化はほとんどなく，蛋白尿も最高5.6 gあったのが1g程度に減少している。腎移植後にde novoに発生した膜性腎症について，ATII受容体拮抗剤の移植腎への効果について若干の文献的考察を加えた。

腎性低尿酸血症に伴って発症した運動後急性腎不全の1例：稲垣哲典，伊藤英晃（京都八幡） 16歳，男性。2000年9月28日，250 m全力疾走後の右下腹部，嘔吐を主訴に近医受診。急性虫垂炎の診断にて入院中，尿量減少，腎機能悪化をみたため当科に転院した。急性腎不全の診断にて，血液透析を2回施行，その後腎機能は回復した。当初われわれが原因疾患と考えた横紋筋融解症は検査成績より否定的で，他の原因を検索した所，腎不全極期に血清尿酸値は正常範囲で，回復時には0.7 mg/dlと低下していた。この時尿中への尿酸排泄率は亢進しており，腎性低尿酸血症と診断した。本症の病態は，尿酸の代謝経路の障害による尿酸クリアランスの亢進である。本症患者の運動後急性腎不全の発症例は1989年より報告されており，これには尿酸の活性酸素消去能が関与するとの説がある。今後，運動後の急性腎不全には，横紋筋融解症だけでなく本症も念頭におき対処すべきであると思われる。